Aus der medicinischen Klinik zu Bonn.

Über

Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doctorexamen

der medicinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt

im März 1893

von

August Engelhardt
aus Mülheim a. d. Ruhr.

Bonn,

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.

1893.

Meiner lieben Mutter

in Liebe und Dankbarkeit.

Es giebt wohl kaum eine andere Krankheit, die eine solche Mannigfaltigkeit von Symptomen aufzuweisen hätte, wie die Hysterie. Die zahlreichen intervallären oder permanenten Symptome derselben bestehen bekanntlich in Störungen der Sensibilität (Anaesthesie, Hyperaesthesie etc.), der Motilität (Lähmung, lokale Krämpfe, Kontraktur, choreatische und andere Störungen), der Sekretionen (Anurie, Blutschwitzen), der Ernährung, des Kreislaufes (Congestion und Anaemie, Urticaria). Unter der sprichwörtlich grossen Anzahl von Störungen in irgend einem Gebiete treten aber nun manche mit besonderer Häufigkeit hervor, so dass sie von ganz hervorragend diagnostischer Bedeutung sind. Diese für die Krankheit charakteristischen Symptome hat Charcot als Stigmata bezeichnet.

Unter diesen Stigmata nehmen wohl die Sensibilitätsstörungen den ersten Rang ein, und man wird wohl kaum einen Fall von schwerer Hysterie finden, wo nicht Störungen in irgend einem Sinnesgebiete vorkommen. Um die Erkennung dieser Sensibilitätsstörungen haben sich besonders französische Gelehrte verdient gemacht. Schon im Jahre 1843 machte Professor Piorry die Entdeckung, dass bei einer grossen Anzahl von Hysterischen sich eine Anaesthesie der Haut, der Sinne und Muskeln konstatieren lasse, und ein Jahr später führten Macario und Favrot einige analoge Fälle an. Gendrin hat das Verdienst, les „anesthésies sensitivo-sensorielles“ als permanente Stigmata der Hysterie in die Wissenschaft einzuführen, die dann später besonders von Charcot mit der näheren Erkenntnis dieser Symptome bereichert wurde.

Wie schon der Name sentitivo-sensoriel ausdrückt, handelt es sich hier um Störungen im gesamten Sinnesgebiete, zunächst um Sensibilitätsstörungen der Haut und dann um solche in den Funktionen aller übrigen Sinne, des Gesichts, Gehörs, Geruchs und Geschmacks. Von diesen Sensibilitätsstörungen kommt nun nach den Untersuchungen und Erfahrungen Charcots und seiner Schule die Hemianaesthesie am häufigsten vor, und diese präsentiert sich unter zwei Formen, sie ist entweder vollständig oder unvollständig. Die totale Hemianaesthesie besteht in beträchtlicher Verminderung oder gänzlicher Aufhebung der Empfindlichkeit einer Körperhälfte, sowohl der Haut als der Sinnesorgane. Auf der Haut besteht Analgesie oder Analgesie mit Thermoanaesthesie oder totale Anaesthesie. Die Schleimhäute sind wie die äusseren Bedeckungen halbseitig betroffen, häufig aber ist ihre Empfindlichkeit erhalten. Der Geschmack einer Zungenhälfte, der Geruch einer Nasenhöhle, das Sehvermögen eines Auges, das Gehör eines Ohres fehlen oder sind vermindert.

Ueber diese totale Hemianaesthesie wissen französische Autoren sehr viel zu berichten. Nach Briquet hat man sie unter 400 Hysterischen 96 mal beobachtet; hierbei zeigte sich die Eigentümlichkeit, dass sie mit Vorliebe die linke Seite befällt, ganz ähnlich der ovaralgie, die auch öfter auf der linken Seite zu konstatieren ist. Der obenerwähnte Briquet fand unter seinen 96 Fällen die Hemianaesthesie 70 mal links und 20 mal rechts, Regnard und Bourneville berichten über 25 Fälle linksseitiger und nur 11 solche rechtsseitiger Hemianaesthesie. Was nun die Anaesthesie der Haut im allgemeinen betrifft, so sind es auch wieder in erster Linie französische Autoren gewesen, die hierüber in neuester Zeit recht interessante Beobachtungen gemacht haben. Es sind dies die Autoren der Charcot'schen Schule M. Marie, M. Girode, M. Souques und M. Gilles de la Tourette und die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf des letzterwähnten Werk: Traité Clinique et Térapeutique de l'Hysterie. Paris 1891.

Die erwähnten Autoren haben nun bei einer ganz ungeheuer grossen Anzahl von Hysterischen gewisse Anaesthesien gefunden und sind bei ihren Untersuchungen ausserdem zu dem überraschenden Resultat gekommen, dass die Hysterie bei dem männlichen Geschlecht viel häufiger ist, als bei dem weiblichen. Zunächst hat M. Marie im Mai 1889 697 Individuen, von denen 172 Frauen und 525 Männer waren, die an verschiedenen nervösen und nicht nervösen Krankheiten litten, untersucht und hat bei 250 Männern und nur bei einer Frau seine sog. „massive" Hysterie diagnostiziert. Unter dem Namen „Hysterie massive", sagt M. Marie, habe er nur solche Patienten verzeichnet, „chez lesquels je constatais une anesthésie généralisée, une hemianesthésie ou une anesthésie limitée à un membre, ou bien encore ceux chez lesquels il existait une diminution très marquée de la sensibilité d'un côté du corps".

M. Girode ist allerdings nicht zu einer so grossen Zahl von Hysterischen gekommen wie sein Kollege M. Marie, denn er stellte nur 15 Fälle männlicher Hysterie zusammen und zwar hatte er dieselben im Verlaufe eines Jahres in einem Krankensaal, der nicht mehr als 30—40 Betten fasste, beobachtet. Doch auch diese Anzahl von 15 ist noch sehr gross, denn M. Girode fügt seinem Berichte ausdrücklich zu, in dem erwähnten Krankensaal wären alle Krankheiten behandelt worden, die in das Gebiet der inneren Medizin gehören.

Weiterhin ist es M. Souques, der seine Beobachtungen über die Häufigkeit der Hysterie zusammengestellt hat. Dieselben erstrecken sich auf den Zeitraum des Jahres 1889, und zwar fand er dabei in einem Saal der 32 Patienten fasste, 26 Hysterische. Diese im Verhältnis zu der grossen Menge des M. Marie noch kleine Anzahl erklärt sich wohl daraus, dass er viel vorsichtiger in der Diagnose Hysterie war, denn er sagt: „sous la rubrique „hystérie" nous n'avons admis que de certains cas, patents dont le dignostic était au moins basé sur la réunion des signes suivants:

anesthésie sensitivo-sensorielle
partielle ou généralisée
anesthésie pharyngée
rétrécissement concentrique
du chanp visuel".

Das Ergebnis ihrer Untersuchungen stellten die obenerwähnten Autoren dann darin zusammen, dass sie sagen, die Hysterie ist in den mittleren und höheren Klassen der Bevölkerung selten im Verhältnis zu den unteren; in diesen letzteren ist sie sehr häufig und dabei findet man die Hysterie des Mannes doppelt, ja 8mal mehr als die der Frau.

Das sind Resultate, die einem entschieden auffallen müssen, denn in Deutschland ist nach den bisherigen Untersuchungen die Zahl der hysterischen Männer viel geringer als die der hysterischen Frauen und Kinder. Vielfach hat das ja nun auch seinen Grund darin, dass die Hysterie in Deutschland lange nicht so häufig zu treffen ist als in Frankreich. Es dürfte wohl hier am Platze sein, das Resultat von Untersuchungen anzuführen, welche M. Rosenthal über die Häufigkeit der Hysterie in den verschiedenen Ländern angestellt hat. Derselbe meint, je mehr sich hochgradige Erregbarkeit und Empfänglichkeit im Charakter eines Volkes finden, desto mehr sei dessen zarterer eindrucksreicher weiblicher Anteil der Hysterie unterthan. Daher die grosse Häufigkeit Hysterischer bei den heissblütigen, phantasievollen Italienern und den sprühenden ruhmgierigen Franzosen.

Könnte man sich so die Häufigkeit der Hysterie in Frankreich erklären, so kommen wir sodann zu dem anderen Punkte, dass nämlich in demselben Lande die Hysterie der Männer häufiger sein soll als die der Frauen.

Zur Erklärung dieses von den französischen Autoren angegebenen Faktums führen sie folgenden Grund an. Sie sagen, die Männer, welche die Klientel der Krankenhäuser bilden, seien viel häufiger als die Frauen den die Hysterie hervorrufenden Schädlichkeiten ausgesetzt. So handelte

es sich also bei ihren Patienten hauptsächlich um eine Hysterie, die durch rein äusserliche Schädlichkeiten hervorgerufen war, bei einem Teil ihrer Patienten also um eine „traumatische Hysterie“! Wenn man nun die Anaesthesien, die doch allein als Stigmata angegeben werden, wirklich auf eine solche Schädlichkeit, auf ein Trauma oder eine Intoxikation bezöge, so könnte doch nur in den Fällen die Diagnose einer traumatischen Hysterie gestellt werden, wenn man zufällig die Kranken vorher auf ihre Sensibilität untersucht hätte und sich ein anderes Verhalten derselben hätte konstatieren lassen. Sollte es nicht eher möglich sein, dass die Herren vielleicht die Feinfühligkeit ihrer Patienten überschätzt hätten und sollte man überhaupt die physiologische Breite dieser Empfindungsintensitäten nicht zu eng gezogen haben, dass man beim Vorhandensein von einer Pharynxanaesthesie oder einer Gesichtsfeldeinengung gleich mit aller Sicherheit die Diagnose Hysterie stellen konnte?

Wie verhält sich nun eigentlich der Pharynx und das Gesichtsfeld bei Normalen und bei Hysterischen, das wäre die Frage, die wir uns jetzt vorzulegen hätten. Es soll nun das Bestreben des Verfassers sein, im Folgenden das Ergebnis seiner Untersuchungen über den ersten Teil dieser Frage, wie sich nämlich die Reflexerregbarkeit des Pharynx bei Normalen und Hysterischen verhält, mitzuteilen.

Schon länger ist es bekannt, dass bei manchen Hysterischen sich eine Anaesthesie des Rachens konstatieren liesse. Besonders ist dies den Laryngologen geläufig, die, wenn sie Hysterische auf den Zustand ihres larynx untersuchten, bemerkten, wie leicht diese Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel möglich war. Ein recht interessanter Fall von Pharynxanaesthesie und Gaumensegellähmung findet sich in der Litteratur in dem XIV. Jahrgang der Charité Annalen, wo Dr. F. Müller folgendes veröffentlicht hat.

Anna G., 18 Jahre alt, aus gesunder Familie, hat als Kind Masern, in ihrem 9., 14., 17. Jahr Gelenkrheumatismus

gehabt; seit dem 12. Lebensjahre leidet Patientin an Herzklopfen, seit einigen Jahren auch an Schwindel und Ohnmachtsanfällen. Im 12. und 16. Jahre hat sie Diphterie gehabt und sie giebt an, seitdem häufig an Halsweh gelitten zu haben. Die jetzige Erkrankung begann am 25. März 1887 mit Halsschmerzen und Schluckbeschwerden; am folgenden Tage stellte sich Frost ein und Patientin legte sich zu Bette; am 28. März bemerkte sie, dass ihre Sprache sich verändert hatte, am 31. März suchte sie die Charité auf.

Damaliger Status:

Die Fauces sind in leichtem Grade gerötet und wenig geschwollen, ein Belag ist nicht sichtbar, keine Drüsenschwellung am Unterkieferwinkel. Die Sprache ist näselnd. Bei Aussprache von A hebt sich das Gaumensegel nur wenig. Die Sensibilität des Gaumens ist sehr herabgesetzt, man kann mit Löffel oder Pinsel alle Teile des Gaumens berühren, ohne dass Würgen auftritt. Patientin verschluckt sich nicht. Laryngoskopischer Befund normal. Keine Sensibilitätsstörung am Rumpf und den Extremitäten.

Nachdem Patientin am 3. Mai als geheilt entlassen war (Therapie: Gurgeln mit Alaunlösung, Faradisieren des Gaumensegels mit schwachen Strömen), brach sie am 8. Mai im Jungfrauverein, durch die eindringlichen Worte des Predigers in grosse Aufregung versetzt, in krampfhaftes Weinen aus und bemerkte unmittelbar darauf, dass ihre Sprache wieder den näselnden Klang hatte. Dabei fühlte sie auch einen Druck im Halse und es fiel ihr das Schlucken schwer. (Globus.) Am 19. Mai wurde Patientin wieder in die Charité aufgenommen, und es zeigte sich derselbe Befund wie bei der ersten Aufnahme. Die Sensibilität des Gaumens war herabgesetzt, sie schluckte Speisen, ohne sich zu verschlucken. Spricht die Kranke in zusammenhängender Rede, so ist der näselnde Klang vorhanden und zwar in so hohem Masse, wie bei einer vollständigen Lähmung des Gaumensegels, während sonst bei Sprechübungen das Gaumensegel normal fungiert und die Stimme keine Spur von nasalem Beiklang hat.

Am 17. Mai wurde Patientin faradisiert mit starken sehr schmerzhaften Strömen. Sie brach dabei in Weinkrämpfe aus, fiel scheinbar ohnmächtig vom Stuhl, erholte sich jedoch bald. Der nasale Beiklang der Stimme war von da ab vollständig verschwunden und ist seitdem auch nicht wiedergekehrt. Die Bewegungen des Gaumensegels erwiesen sich als normal. Am 21. Juli als geheilt entlassen.

Im Juli desselben Jahres stellte sich Patientin abermals vor, sie bot eine vollständige Aphonie dar; die laryngoskopische Untersuchung ergab dreieckiges Offenstehen der Glottis bei Phonation durch Lähmung der Adductoren, normales Aussehen der Larynxschleimhaut. Die Sensibilitätsstörungen des Pharynx waren wie früher zu konstatieren. In einviertelstündiger Sitzung wurde durch seitliche Kompression des Kehlkopfes von aussen, kombiniert mit Sprechübungen, sowie durch Androhung den far. Strom anzuwenden, die Stimme wieder vollständig hergestellt.

Was nun die Reflexerregbarkeit des Rachens bei Nichthysterischen betrifft, so sind von dem Verfasser 200 normale Individuen auf dieselbe geprüft worden und zwar in folgender Weise. Die Zunge wurde mit einem Spatel hinabgedrückt und dann die hintere Pharynxwand und die beiden Gaumensegelbögen beiderseits mit einem Holzstift bestrichen. Durch Bestreichen der Pharynxwand sollen ja nun bei normalen Schlingbewegungen, bei dem des Gaumensegels Würgbewegungen ausgelöst werden. Das Resultat der Untersuchungen war nun, wie untenstehende Statistik lehrt, das, dass bei 56—59% von normalen Individuen die Reflexe gut ausgelöst wurden. Bei 17—18% fand sich eine Abschwächung bald des einen, bald des anderen Reflexes, und endlich bei 25—26% wurde überhaupt keiner der Reflexe ausgelöst, der Pharynx konnte nach Belieben mit dem Holzstifte bestrichen werden, ohne dass die Untersuchten auch nur das geringste Unbehagen empfunden hätten. Bei letzteren wurde, so viel dies möglich war, die Sensibilität der Haut

und der übrigen Sinne untersucht und nichts Abnormes dabei gefunden.

Nachdem wir nun so gesehen haben, dass ein Fehlen des Pharynxreflexes bei Normalen gar nicht etwas so Ungewöhnliches ist, dass es sehr wohl als physiologisch bezeichnet werden kann, wollen wir uns wieder zu den Hysterischen wenden, bei welchen in der hiesigen medizinischen Klinik im Verlaufe eines Jahres auf dieses Symptom untersucht wurde.

1. M. F., eine 25 Jahre alte Näherin, in der Klinik vom 19. VI. 92 bis 7. VII. 92.

Seit 7 Jahren hat Patientin Magenbeschwerden, öfters nach dem Essen, aber auch bei nüchternem Magen, Aufstossen von bitterem Geschmack, dabei waren Appetit und Stuhlgang immer gut. Magenplätschern ist nicht vorhanden, auch keine Schmerzhaftigkeit des Magens, objectiv ebenfalls nichts Abnormes nachzuweisen.

Patientin verschluckt Luft, welche mit lautem polternden Geräusch wieder zurückkehrt. Die Schmerzempfindlichkeit ist an keiner Stelle besonders ausgebildet, eine Hemianaesthesie und Dichromatopsie sind nicht vorhanden.

Rachen und Gaumensegelreflexe sind deutlich auszulösen.

2. K. O., ein 21 Jahre altes Dienstmädchen, in der Klinik vom 7. IV. 92 bis 18 IV. 92.

Patientin, die früher gesund gewesen sein will, ist seit einem Monat vollständig stimmlos, nachdem sie schon seit dem September vorigen Jahres mit Heiserkeit zu thun hatte. Der laryngoskopische Befund ergibt, dass die Stimmbänder leicht gerötet sind. Bei der Phonation legen sich vorn die Stimmbänder ganz aneinander, hinten bleibt dagegen ein dreieckiger Spalt bestehen. Nach mehrfachem Faradisieren ist die Stimme am 13. laut und ziemlich rein, das Allgemeinbefinden sehr gut. In der Nacht vom 15. auf den 16. April hatte Patientin mehrere Krampfanfälle gegen 2 Uhr, jeder hielt trotz subkutaner Morphium-

injektion etwa eine Minute an. Die Stimme, die schon tags vorher wieder ziemlich heiser schien, war schon in der Nacht rein und laut. Patientin blieb somnolent bis zum anderen Tage gegen 4 Uhr nachmittags; in der Zeit kamen wieder einige Anfälle. Die Pupillen reagierten während der Anfälle prompt.

Pat. wird am Rücken und Halse energisch faradisiert, die Anfälle bleiben aus. Am 18. ist die Stimme völlig laut und rein, und die Pat. wird auf Wunsch entlassen.

Rachen und Gaumensegelreflexe sind nur bei starkem Bestreichen auslösbar.

3. A. Sch., 26 Jahre alt, in der Klinik vom 25. VII. 92 ab.

Seit dem 16. Jahre hat Patientin Magenschmerzen, jedoch mit längeren Unterbrechungen, auch will sie in der Jugend Krämpfe gehabt haben. Nach Genuss fast aller Speisen und Getränke mit Ausnahme von Milch, die ihr sehr gut bekommt, hat sie Schmerzen im Magen, häufiges Aufstossen von saurem Geschmack, zuweilen jedoch auch von unbestimmtem. Häufiger hat Pat. die genossenen Speisen erbrochen; in dem Erbrochenen sowohl wie im Stuhlgang hat sie nie Blut bemerkt.

Obwohl Pat. gesund und kräftig aussieht, lässt sie sich doch sehr hängen und ist melancholisch. Sie hat viele Klagen, Kopfschmerzen und Brennen im Magen. Bei Ausspülen desselben, 4—5 Stunden nach der Mahlzeit, lassen sich jedoch keine unverdauten Speisen und Salzsäure nachweisen.

Die Sensibilität ist überall normal.

Rachen und Gaumensegelreflexe sind vorhanden.

4. M. G., ein 20 Jahre altes Dienstmädchen, in der Klinik vom 19. VI. bis 14. VII. 92.

Patientin gibt an, seit 8 Jahren häufiger Krämpfe im Leib und in den Extremitäten gehabt zu haben, wobei die Hände in Beugestellung standen. Dabei hatte sie besonders Schmerzen im Magen und Rücken, Kopfschmerzen,

öfter Erbrechen und Aufstossen. Vor 3 Jahren verlor Pat. plötzlich ihre Stimme und blieb 4 Monate stimmlos, ebenso vor $2^1/_2$ Jahren und im letzten Winter 6 Monate.

Während ihres Aufenthaltes in der Klinik hatte sie keine Krämpfe, eine Magenektasie ist nicht nachweisbar, obwohl sie jedoch immer über Schmerzen im Leib und Magen klagt.

Die Sensibilitätsuntersuchung ergiebt folgendes:

Spitz und stumpf kann sie auf beiden Seiten gut unterscheiden, stärkeres Kneifen ist angeblich schmerzhaft, doch erfolgt dabei keine Schmerzäusserung. Die Haut kann mit einer Nadel durchstochen werden, ohne dass Pat. etwas merkt; eine tief durch die Haut gestochene Nadel wird, während sie in der Haut steckt, nicht empfunden, sowohl am Arm wie am Bein beiderseits.

Ophthalmoskopisch lässt sich nichts Abnormes nachweisen; Sehschärfe und Gesichtsfeld für Weiss, Blau und Rot und fundus normal, keine Ermüdungseinschränkung.

Bei längerem stärkeren Bestreichen des Gaumensegels wie des Rachens erfolgen keine Reflexe; am 13. VII. erfolgt bei starkem Bestreichen der oberen Pharynxwand doch Hebung des Gaumensegels.

5. L. H., ein 18 Jahre altes Dienstmädchen, seit dem 25. VII. in der Klinik, entlassen am 4. IX. 92.

Patientin, die früher ganz gesund war, bemerkte vor 6 Wochen, nachdem sie vorher in Stelle gearbeitet hatte, dass ihre linke Hand an der Dorsalfläche anschwoll und Schmerzhaftigkeit entstand. Seit 14 Tagen zittert der linke Arm, Pat. glaubt, dass die Kraft und das Empfindungsvermögen desselben herabgesetzt seien; in der Nacht empfindet sie in dem linken Oberarm schmerzhaftes Kriebeln.

Bei der Aufnahme bestand beständiger Tremor des linken Armes. Sie hält den biceps straff gespannt. Bewegungen auch im Schultergelenk sind angeblich schmerzhaft, ebenfalls die Streckung des Armes.

Die Sensibilität ist am linken Arm normal, spitz und stumpf werden deutlich unterschieden. Während die Auf-

merksamkeit der Patientin auf die Sensibilitätsuntersuchung gerichtet ist, hört der Tremor ganz auf. Beide Hände sind bis zur Mitte des Unterarms cyanotisch und kalt.

Im Schlafe hat sie eigentümliche Zuckungen, am 27. VI. bei der Visite, nachdem sie kurz vorher noch wach gewesen ist, stossweises Atmen mit krampfartigem Zucken im Gesicht und linken Arm.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergibt beiderseits normales Gesichtsfeld für Weiss, Blau und Rot, keine abnorme Ermüdungseinschränkung.

Rachen und Gaumensegelreflexe sind gut auszulösen.

6. A. F., eine 24 Jahre alte Fabrikarbeiterin, vom 1. VIII. bis 1. IX. 92 in der Klinik.

Vor 8 Wochen verlor Patientin zum ersten Male plötzlich die Stimme, konnte 10 Tage lang nicht sprechen und erhielt die Stimme ebenso plötzlich wieder. 8 Tage vor ihrem Eintritt in die Klinik verlor sie wieder plötzlich die Stimme, laryngoskopisch ist keine Rötung der Stimmbänder nachzuweisen, dieselben näheren sich nicht vollständig, sondern bleiben bogenförmig auseinander stehen. Nach langem Faradisieren am Halse kommt die Stimme wieder, verschwindet aber wieder, nach dem 3. Male bleibt sie. Die Kranke gibt Schmerzen im linken Schultergelenk an, ebenso im Halse; objektiv ist dort nichts nachzuweisen, bald kann sie gut sprechen, bald ist sie heiser.

Die Untersuchung der Sensibilität ergibt vollständig normales Verhalten aller Arten.

Ophthalmoskopisch erweist sich volle Sehschärfe, Doppelsehen ist rechts vorhanden und zwar nach unten, aussen und oben 2—3 Bilder.

Die Pharynx- und Gaumensegelreflexe sind gut auszulösen.

7. M. B., Dienstmädchen, vom 20. XI. 91 bis 27. VI. 92 in der Klinik.

Patientin hat ein vitium cordis und ganz typisch

hysterische Krämpfe, Sensibilitätsstörungen sind nicht nachzuweisen.

Der Pharynxreflex, sowie der des Gaumensegels sind vorhanden.

8. K. L., ein 24 Jahre altes Dienstmädchen, in der Klinik vom 7. XI. 92 bis 15. I. 93.

Patientin hat als Kind von 9 Jahren das Nervenfieber gehabt, in diesem Frühjahr eine leicht verlaufende Lungenentzündung. Seit ungefähr 4 Jahren bekam Pat. 1—2 Mal im Monat Krämpfe, wobei sie bewusstlos war und deren sie sich nachher nicht mehr erinnerte; seit 3—4 Monaten sind sie stärker geworden, sie treten jetzt 3—4 Mal täglich auf und dauern oft 1 Stunde. Bei den Anfällen sollen starke Schmerzen bestehen, so dass Pat. sich die Haare rauft. Ferner bestehen Kopfschmerzen, Stuhlverstopfung, Schlaflosigkeit, Husten, starke Schmerzen in der Magengegend, häufiges Erbrechen und Aufstossen.

Bei der Aufnahme zeigte sich folgendes:

Die Pupillen sind gleich und reagiren, beim Perkuttieren stöhnt Pat. vor Schmerzen, überhaupt soll jede Berührung schmerzhaft sein. An Lungen und Cor nichts Abnormes. Der Leib ist nicht aufgetrieben, kein Magenplätschern, die Magengrenze ist normal, die Palpation sehr schmerzhaft. Die Reflexe sind teils erhöht teils abgeschwächt. Die Sensibilität ist normal.

In der Nacht zum 8. Nov. traten um $3^1/_2$ und 7 Uhr klonische Zuckungen in den Extremitäten auf, Pat. raufte dabei die Haare, das Bewusstsein war erhalten.

Am 26. Dez. klagt Pat. über starke Schmerzen im Magen, linken Knie, rechten Fuss-, Hand-, Ellbogen- und Schultergelenk. Linkes Knie etwas angeschwollen, rechte Fussgelenksgegend ebenfalls. Ausserdem stark saures Aufstossen nach dem Essen.

Am 13. Jan. d. Jahres wird Pat. entlassen, weil sie sehr unverträglich ist und stets mit einigen Mitpatientinnen in Streit liegt.

Ihre Klagen und die objektiven Erscheinungen sind

sehr von der Psyche beeinflusst. Der Gang, welcher sich lange Zeit hindurch so verhielt, dass die Pat. abwechselnd die Füsse um ganz kleine Strecken vorsetzte, ohne dabei die Beine irgendwie zu heben, war verschiedentlich, wenn sie in irgend einer Erregung nicht darauf achtete, fast normal, um kurz nachher wieder den vorigen Typus anzunehmen. Derselbe besserte sich aber dann sehr plötzlich, als der Patientin, nachdem sie sich mit fast allen Mitpatientinnen entzweit hatte, der Aufenthalt so verleidet wurde, dass sie fortzukommen wünschte. Man konnte ihr sehr leicht beliebige Schmerzen suggerieren, weniger leicht gelang das umgekehrte. Der el. Pinsel hatte keine Wirkung.

Die Untersuchung des Gesichtsfeldes ergab normale Verhältnisse beiderseits. $\frac{20}{20}$ Sehschärfe, Fundus normal.

Rachen und Gaumensegelreflexe gut auslösbar.

9. P. K., 25 Jahre alt in der Klinik vom 26. Nov. 1892 bis 16. Jan. 1893.

Patientin hat von ihrem 4.—6. Jahre an Scarlatina, Diphterie und Nervenfieber gelitten, blieb seit der Zeit immer schwach namentlich in den Beinen, hatte viel mit Magenbeschwerden zu thun, öfter Kopfschmerzen und Herzklopfen. Vor 12 Jahren begannen Krämpfe aufzutreten, zuerst im oberen rechten Facialis-Gebiet, die dann auf Mund, Hals, Arme und Beine übergingen. Vor 2 Jahren bekam Patientin einen Schlaganfall, sodass sie den linken Arm und die linke Gesichtshälfte nicht bewegen konnte. Dieser Zustand ging unter Einwirkung des elektrischen Stromes in 8 Wochen wieder vorüber. Seit 3 Monaten sind die Krämpfe namentlich rechts viel stärker geworden, das leiseste unvermutete Geräusch ruft sie unter Angstzuständen hervor, besonders bei schlechtem Wetter. Vor 8 Tagen und vor dem Tage der Aufnahme wurde Patientin bewusstlos, seit 14 Tagen hat sie auch Husten mit wenig Auswurf, dabei in der rechten Seite Schmerzen. Seit 5 Tagen ist kein Stuhl erfolgt.

Bei ihrer Aufnahme war folgendes festzustellen. Patientin leidet an blitzartigen Zuckungen, die fast den ganzen Körper betreffen, besonders die unteren Extremitäten, das Gebiet des rechten accessorius, ferner die ganze Muskulatur der Arme und Beine. Geringe blitzartige Zuckungen gehen alle paar Sekunden besonders in den mimischen Gesichtsmuskeln auch am Rumpf von statten und alle 1—2 Minuten tritt plötzlich ein jedesmal etwa 5 Sekunden andauernder tonischer Krampf auf, bei dem die rechte Gesichtshälfte verzerrt wird, der rechte Mundwinkel stark verzogen nach aussen und oben, der ganze Kopf nach rechts gedreht, das Kinn dem Thorax genähert, die Beine stark gestreckt, die Füsse plantarwärts flektiert und stark supiniert werden. Diese Contractionen werden im Bereich der hinteren Halsmuskeln schmerzhaft empfunden. Gesteigert werden die Anfälle durch Bewegungen, äussere Reize sind am geringsten, wenn Patientin ruhig liegt.

Die Perkussion, die sehr erschwert ist, da sofort eine Contraktion des sterno-cleido-mastoideus und cucullaris auftritt, ergiebt für Herz und Lungen normale Verhältnisse, ebenso die Auskultation. Im Abdomen nichts Abnormes, Milzdämpfung ist nicht vergrössert. Pupillen sind gleich, entsprechend weit und reagieren.

Sensibilität: Für Tastempfindung ist sie im Gesicht links normal, rechts bedeutend herabgesetzt, an Armen und Beinen beiderseits gleich starke Herabsetzung. Die Schmerzempfindung ist stark vermindert im Gesicht und am übrigen Körper und zwar rechts stärker wie links. Im Gesicht, am Abdomen und an der Brust fast vollständige Analgesie ebenso auf der Streckseite des Unterarms, auf der Beugeseite ebenfalls, geradeso am Oberarm, in den oberen Rückenpartieen, stark herabgesetzt in den unteren Partieen, während die Hände auf beiden Seiten noch leidlich schmerzempfindlich sind. Die Reflexe sind normal. Am 1. Dezember gibt Patientin starke spontane und Druckschmerzen in der rechten Seite an, die umschriebene Stelle ist 3 cm breit, 5 cm lang. Die Schmerzen werden in die Haut lokalisiert, denn wenn man von benachbarten Par-

tieen in die Tiefe selbst stark eindrückt, wird kein Schmerz angegeben. Eine ähnliche schmerzhafte Stelle wie die in der rechten Seite beschriebene befindet sich über der rechten Wade; sie ist sehr druckempfindlich, während tiefe Nadelstiche nicht empfunden werden. Die Ophthalmoskopische Untersuchung ergibt: Die Sehschärfe beträgt beiderseits $\frac{20}{40}$ mit corrigierendem Concavglase von —4,5 D., Fundus normal. Seit dem 2. Januar befindet sich die Patientin dauernd gut.

Der Pharynxreflex ist vorhanden, jedoch nicht regelmässig.

10. J. St., ein 21jähriger Schneider, bekam vor 10 Jahren in der Schule Krämpfe, war darauf gesund, 1890 wiederholten sich dieselben und ebenso im vorigen Jahr.

Am 7. Januar dieses Jahres begannen die Krämpfe von neuem, sie waren mit starkem Kopfschmerz und Schwindelgefühl verbunden, das Bewusstsein war nicht gestört.

Bei seiner Aufnahme in die Klinik zeigte er klonische Zuckungen im linken triangularis menti und tonische Krämpfe im linken Arm, besonders in den Beugern der Finger, so dass eine Streckung fast nicht möglich ist. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt auch leichte choreatische Bewegungen, im facialis sind keine Zuckungen nachweisbar. In den Armmuskeln klonische Zuckungen, so dass der Arm hin und her geschleudert wird, am linken Bein klonische Krämpfe in Oberschenkel und Wade, tonische Krämpfe in den gesammten Rumpfmuskeln, so dass der Rumpf bogenförmig gehoben wird. Reflexe sind in den Armen nicht deutlich auszulösen, Patellarreflex nicht gesteigert, beiderseits gleich, Plantarreflex links schwächer als rechts.

Die Sensibilität ist an beiden linken Extremitäten gänzlich aufgehoben, eine Nadel kann durch eine aufgehobene Hautfalte gesteckt werden ohne die geringste Schmerzensäusserung. Am Kopf und im Gesicht ist die

Anaesthesie weniger stark, jedoch ist sie auch links stärker als rechts.

Am 11. ds. Monates hatte Patient folgenden Anfall: Der Kopf wurde in das Kissen rückwärts gebogen, der Rumpf leicht von der Unterlage erhoben, heftige Zuckungen in der Trigeminusmuskulatur, Krämpfe klonischer Art in den Nacken- und Rumpfmuskeln. Tonische Krämpfe in den Extensoren des 2. und 4. Fingers, der Arm wird im Schultergelenk gehoben und abduziert. Diese Anfälle wiederholen sich jetzt öfter.

Die Rachen- und Gaumensegelreflexe sind vorhanden.

Die Consequenzen, die wir aus dem oben gesagten ziehen können, sind nun verschiedene. Was zunächst den Punkt, der uns hier am meisten interessirt, angeht, ich meine die Reflexerregbarkeit des Pharynx, so lässt sich darüber folgendes sagen. Wie schon oben erwähnt, ist dieselbe bei einer gewissen Anzahl von Hysterischen herabgesetzt; bei unseren zehn Kranken liess sie sich stets nachweisen, wenn auch bei drei derselben nur nach starken Reizen und nicht jedesmal. Wie wir nun aber gezeigt haben, ist auch eine grosse Anzahl von Normalen mit einer solchen Reflexlosigkeit ausgestattet. Den Schluss, den wir daraus entnehmen, ist also der, dass bei Hysterischen wie bei Normalen eine Herabsetzung und ein Erlöschen der Reflexerregbarkeit des Pharynx vorkommt. Wie steht es nun aber mit den Anschauungen des M. Souques, der doch eine Pharynxanaesthesie als Stigma für Hysterie angab? Zweifellos doch so, dass er die physiologische Breite der Empfindungsintensität des Rachens zu eng gezogen hat und so zu der allerdings irrtümlichen Auffassung kam, eine Reflexlosigkeit des Rachens könne man als Stigma der Hysterie aufstellen. Ganz ähnlich wird es wohl auch mit der Gesichtsfeldeinengung sein. Bei keinem unserer Patienten, von denen doch verschiedene recht beträchtliche Sensibilitätsstörungen darboten, liesse sich eine solche nachweisen. Wie sie sich nun bei Normalen verhält, ich meine, ob nicht bei einer

gewissen Anzahl sonst normaler Individuen eine grössere oder kleinere Gesichtsfeldeinengung besteht, das wäre zunächst noch in viel grösserem Umfange als bisher zu untersuchen, um darüber urteilen zu können, ob wirklich eine Gesichtsfeldeinengung ein Stigma für Hysterie ist.

Statistik.

Name	Alter	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe
J. B.	36 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
C. E.	34 J.	vorhanden	vorhanden
W. K.	18 J.	vorhanden	vorhanden
C. N.	28 J.	abgeschwächt	vorhanden
J. L.	51 J.	vorhanden	vorhanden
J. K.	24 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. E.	26 J.	abgeschwächt	rechts vorhanden links abgeschwächt
N. M.	26 J.	vorhanden	vorhanden
C. W.	28 J.	vorhanden	vorhanden
J. M.	37 J.	abgeschwächt	nicht vorhanden
W. H.	47 J.	abgeschwächt	vorhanden
F. B.	72 J.	vorhanden	vorhanden
A. W.	29 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
J. W.	19 J.	vorhanden	abgeschwächt
J. P.	19 J.	abgeschwächt	nicht vorhanden
O. L.	18 J.	vorhanden	vorhanden
D. E.	36 J.	vorhanden	vorhanden
J. D.	23 J.	abgeschwächt	vorhanden
J. Sch.	20 J.	vorhanden	vorhanden
K. N.	18 J.	vorhanden	vorhanden
K. B.	29 J.	vorhanden	vorhanden
J. D.	44 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
H. K.	18 J.	vorhanden	abgeschwächt
L. B.	56 J.	vorhanden	vorhanden
M. N.	24 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
E. Sch.	18 J.	vorhanden	nicht vorhanden
H. R.	19 J.	vorhanden	abgeschwächt
B. F.	19 J.	abgeschwächt	nicht vorhanden
H. Gr.	18 J.	vorhanden	vorhanden
K. L.	22 J.	vorhanden	vorhanden
A. K.	37 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Th. B.	25 J.	vorhanden	nicht vorhanden
W. Sch.	22 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
W. E.	30 J.	abgeschwächt	vorhanden
J. K.	26 J.	vorhanden	vorhanden
A. W.	43 J.	vorhanden	vorhanden
J. M.	17 J.	abgeschwächt	nicht vorhanden
P. Z.	34 J.	nicht vorhanden	abgeschwächt
N. Sp.	33 J.	vorhanden	vorhanden

Name	Alter	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe
H. B.	27 J.	abgeschwächt	vorhanden
J. G.	18 J.	vorhanden	vorhanden
A. K.	62 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
S. Br.	42 J.	vorhanden	vorhanden
L. B.	19 J.	vorhanden	vorhanden
R. Gr.	29 J.	vorhanden	vorhanden
F. R.	48 J.	nicht vorhanden	vorhanden
F. V.	32 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
L. B.	49 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
A. E.	23 J.	vorhanden	vorhanden
W. J.	26 J.	vorhanden	vorhanden
K. G.	20 J.	vorhanden	vorhanden
K. L.	37 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
O. H.	20 J.	abgeschwächt	nicht vorhanden
R. Chr.	24 J.	vorhanden	nicht vorhanden
N. L.	29 J.	nicht vorhanden	abgeschwächt
W. B.	42 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. Sch.	21 J.	vorhanden	abgeschwächt
W. B.	25 J.	vorhanden	vorhanden
K. E.	46 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
R. Kr.	18 J.	nicht vorhanden	vorhanden
H. R.	19 J.	vorhanden	vorhanden
H. Ch.	32 J.	vorhanden	vorhanden
O. Sch.	21 J.	vorhanden	vorhanden
O. W.	25 J.	vorhanden	vorhanden
Th. M.	27 J.	vorhanden	nicht vorhanden
D. P.	23 J.	vorhanden	vorhanden
C. W.	32 J.	vorhanden	vorhanden
P. A.	42 J.	vorhanden	vorhanden
C. M.	18 J.	vorhanden	vorhanden
F. B.	45 J.	vorhanden	vorhanden
A. H.	19 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. S.	22 J.	vorhanden	vorhanden
H. R.	19 J.	vorhanden	vorhanden
W. V.	25 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
S. St.	57 J.	vorhanden	vorhanden
J. H.	25 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. L.	22 J.	vorhanden	vorhanden
K. Sch.	46 J.	vorhanden	vorhanden
N. G.	19 J.	vorhanden	vorhanden
J. K	23 J.	nicht vorhanden	vorhanden
A. W.	23 J.	vorhanden	abgeschwächt
W. Sch.	25 J.	vorhanden	vorhanden
A. E.	19 J.	vorhanden	abgeschwächt
N. W.	36 J.	vorhanden	vorhanden
M. Sch.	25 J.	nicht vorhanden	vorhanden
W. B.	52 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
F. M.	34 J.	vorhanden	vorhanden
G. Schn.	23 J.	vorhanden	abgeschwächt

Name	Alter	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe
W. H.	59 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
O. L.	18 J.	vorhanden	nicht vorhanden
K. G.	21 J.	nicht vorhanden	vorhanden
H. E.	19 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
H. S.	20 J.	vorhanden	vorhanden
C. F.	46 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
P. B.	17 J.	vorhanden	vorhanden
E. G.	23 J.	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. B.	57 J.	vorhanden	abgeschwächt
W. G.	29 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
O. B.	23 J.	vorhanden	vorhanden
V. M.	24 J.	abgeschwächt	abgeschwächt
H. St.	22 J.	vorhanden	vorhanden
A. B.	24 J.	vorhanden	vorhanden
N. W.	46 J.	vorhanden	vorhanden

Rachenreflexe	vorhanden bei	117	= 59%
	abgeschwächt bei	34	= 17%
	nicht vorhanden bei	49	= 25%
Gaumensegelreflexe	vorhanden bei	112	= 56%
	abgeschwächt bei	36	= 18%
	nicht vorhanden bei	52	= 26%

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Fr. Schultze den besten Dank dafür auszusprechen, dass er mich in den Ideeenkreis dieser Arbeit eingeführt und mich bei der Anfertigung derselben auch weiterhin unterstützt hat.

Litteratur.

Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie par le Docteur Gilles de la Tourette, Paris 1891.

Schmidt's Jahrbücher der Medizin, 1883 Band 199 u. 200.

Charité Annalen Band XIV.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1893 Nr. 1 u. II, „Zur Lehre von den Nervenkrankheiten nach Unfällen" von Prof. Dr. Fr. Schultze, Bonn.

Vita.

Geboren wurde ich, August Engelhardt, evang. Conf., als Sohn der Eheleute Kaufmann Ferdinand Engelhardt und Emma, geb. Krabb, am 23. Mai 1869 in Mülheim a. d. Ruhr. Nachdem ich den ersten Unterricht in der Privatschule des Herrn Dr. Zeidler zu Dresden erhalten, wurde ich Ostern 1880 in die Quinta des Realgymnasiums zu Mülheim a. d. Ruhr aufgenommen. Am 13. März 1888 erwarb ich hier das Zeugnis der Reife und nachdem ich von Herbst desselben Jahres bis Ostern 1889 als Hospitant das Gymnasium zu Essen besucht hatte, wurde mir dort am 8. März das Zeugnis der Reife zuerkannt.

Hierauf bezog ich als Student der Medizin die Universität Berlin und genügte dort meiner Dienstpflicht mit der Waffe vom 1. April—1. Oktober 1889 bei der 6. Compagnie des Kaiser Alexander Garde-Grenadierregimentes No. I. Das 2., 3. und 4. Semester verbrachte ich in Bonn und bestand dort am 17. Februar 1891 die ärztliche Vorprüfung. Darauf besuchte ich im 5. Semester die Universität Würzburg, im 6. Semester ging ich nach Berlin und kehrte im 7. Semester nach Bonn zurück. Hierselbst bestand ich am 11. Februar 1893 das Examen rigorosum zur Erlangung der Doktorwürde.

Meine Lehrer waren folgende Herrn Professoren und Dozenten:

In Berlin:

Gerhardt, Gusserow, Hartmann, Klemperer, Leyden, Martin, Schlange.

In Würzburg:

Kunkel, Matterstock, Rindfleisch.

In Bonn:

Bohland, Doutrelepont, Eigenbrodt, Geppert, Hertz, Krukenberg, Kekulé, Kocks, Koester, Ludwig, Nussbaum, Pelman, Pflüger, Schiefferdecker, Schaaffhausen†, Strasburger, Schultze, Saemisch, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George, Veit.